41e Année. — N° 12 Vendredi 23 Mars 1894

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Déontologie : Le nouveau carnet médical, par le Dr Doléris, 177. — **Bibliographie :** Des méningites suppurées non tuberculeuses, par le Dr Albert Vaudremer, 180. — Les névropathes à Bagnères-de-Bigorre, par le Dr Gandy, 180. — **Revue de la presse :** Remarques sur l'emploi de la codéine, 181. — Recherches sur l'importance de l'acide diacétique dans le diabète, 181. — **Académie des sciences** : *Séance du 19 février.* — Présidence de M. Lœwy. — De la présence d'un microbe polymorphe dans la syphilis, 181. — **Académie de médecine :** *Séance du 20 mars* 1894. — Présidence de M. J. Rochard. — Election, 182. — Traitement du pneumothorax, 182. — Chirurgie du foie, 182. — L'épidémie de fièvre typhoïde, 182. — L'eau de seltz et les eaux minérales, 183. — Pneumobacille de la broncho-pneumonie et de la pleurésie hémorrhagique, 184. — **Société médicale des hôpitaux :** *Séance du 16 mars* 1894. — Présidence de M. Ferrand. — Myxœdème et glande thyroïde, 184. — Sur l'érysipèle de la face, 184. — Enveloppements humides dans les maladies des voies respiratoires, 184. — **Société de médecine de Paris :** *Séance du 17 mars* 1894. — Présidence de M. Christian. — Loi sur la déclaration des maladies contagieuses, 185. — **Société de chirurgie :** *Séance du 21 mars* 1894. — Présidence de M. Th. Anger. — Mort subite par injection de cocaïne dans l'urèthre d'un malade, 186. — Trépanation et plaies du crâne par armes à feu, 186. — Plaie du rein. Suture du rein. Hémorrhagie. Guérison, 186. — **Correspondance. — Intérêts professionnels :** Les réformes hospitalières, 189. — **Nouvelles**, 192.

DÉONTOLOGIE

Le nouveau carnet médical (1),

Par le Dr Doléris,
Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

La loi de 1892 sur l'exercice de la médecine, en ce qui concerne la déclaration obligatoire par le médecin de certaines maladies contagieuses, a été récemment sanctionnée par l'envoi à chacun des membres du corps médical d'un livret spécifiant ces maladies et, en même temps, les mesures disciplinaires édictées à l'égard des contrevenants.

Votre Société, dans la dernière séance, s'est faite l'écho des protestations nombreuses soulevées parmi les médecins par les dispositions légales nouvelles et plusieurs d'entre vous, se plaçant à des points de vue différents, ont formulé des critiques d'une grande portée. Vous avez bien voulu me charger de présenter un exposé succinct des idées exprimées ici même, de préparer un projet de critique générale tendant à démontrer les règlements de la loi de 1892 inacceptables dans leur forme actuelle.

Emanant d'une Société aussi ancienne que la Société de médecine de Paris, qui est à la veille de célébrer son centenaire, et dont les membres les plus âgés d'entre nous représentent une élite d'hommes rompus aux choses de la médecine, honorant la science autant par leur caractère moral que par leur haute valeur de praticiens, une telle appréciation ne peut manquer de produire une grande impression.

Voici ce que dit l'article 15 de la loi : « Tout docteur, « officier de santé, sage-femme, est tenu de faire à l'au« torité publique, son diagnostic établi, la déclaration « des maladies épidémiques tombées sous son obser« vation et visées dans le paragraphe suivant. La liste « des maladies épidémiques, dont la divulgation n'en« gage pas le secret professionnel, sera dressée par « arrêté du ministre de l'Intérieur, après avis de l'Aca« démie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène « de France. » Le même arrêté fixe le mode de déclaration des dites maladies.

L'obligation contenue dans la loi constitue une atteinte réelle à l'indépendance même de la profession médicale et tend à englober tout médecin dans une sorte de fonctionnarisme absolument contraire à son caractère.

Le secret professionnel, que le deuxième paragraphe semble avoir voulu mettre hors de cause, est incontestablement violé, car le fait que la désignation de la maladie, de sa contagiosité, émane d'un décret, ne peut empêcher que, dans mille conditions, le malade ou les siens n'aient un intérêt absolu à la discrétion du médecin. Si le droit au secret, ce droit séculaire qui date d'Hippocrate et dont nous retrouvons la formule dans le serment solennel, encore prêté par les récipiendaires dans nos vieilles facultés, nous est enlevé par une mesure sanitaire, c'en est fait de la confiance réciproque entre le malade et le médecin; d'ami, de confident, de conseil de tous les instants qu'il était dans la famille, le médecin devient un fonctionnaire d'une sorte d'organisation officielle de la santé publique.

Loin de réaliser le but poursuivi, on risque d'arriver

(1) Société de médecine de Paris, séance du 17 mars 1894.

au résultat contraire, beaucoup de gens ayant intérêt à dissimuler le malade ou la maladie plutôt que d'encourir les conséquences de la divulgation.

Les mêmes préoccupations ont existé de tout temps à l'endroit des maladies épidémiques ou contagieuses, principalement des affections *importées*; néanmoins, hormi les dispositions d'hygiène internationale, jamais la discrétion professionnelle n'a été mise en balance avec l'intérêt des masses entendu de cette façon.

Notre rôle étant avant tout humanitaire, aucun médecin n'a jamais pensé pouvoir se dispenser d'imposer des mesures et des précautions en rapport avec la sécurité générale, sans néanmoins enfreindre les règles de la discrétion professionnelle.

On est peut-être en droit d'exiger plus de rigueur et de soin dans les mesures de préservation édictables par le médecin, mais par quel moyen compte-t-on y parvenir?

Aujourd'hui c'est une loi qui vient transformer notre action spontanée et discrète en une obligation stricte avec amende de 50 à 200 fr. au délinquant.

Examinons, Messieurs, si la loi est exécutable ; nous verrons en même temps si, loin d'être logique et utile, elle n'est pas, plutôt, risquée au point de vue scientifique, et illusoire dans l'application.

L'obligation de déclarer les cas correspondant aux douze maladies numérotées dans le carnet de la préfecture de police indique, comme point de départ, la date de la déclaration (l'établissement du diagnostic).

Je demande :

1° Où commence le diagnostic de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, de la dysenterie, etc... ? Est-ce à l'angine, ou à l'éruption ? est-ce à la diarrhée où aux déjections sanguinolentes ;

2° Que fait-on des formes frustes de la scarlatine et des types dits ambulatoires de la fièvre typhoïde qui tuent sans fièvre;

3° Qu'est-ce qui oblige le médecin à porter un diagnostic avant d'avoir assisté à l'évolution complète du cycle morbide? et que de diagnostics qui ne sont faits qu'à l'amphithéâtre;

4° Quel cas doit-on faire du diagnostic d'une sage-femme, de certains officiers de santé, praticiens dévoués sans doute, mais en somme plus exposés à l'erreur que les docteurs en médecine?

5° Enfin, et ceci est plus grave : qu'adviendra-t-il du médecin scrupuleux qui déférant au règlement prescrit, divulguera *habituellement* les cas visés dans la loi?

Notre secrétaire général, M. Wickham, faisait observer très justement que c'en sera fait promptement de la clientèle pour celui-là, tandis que son confrère moins scrupuleux ou plus habilement *ignorant* dans l'art du diagnostic, laissera son carnet *blanc* d'un bout de l'année à l'autre?

La réponse n'est pas douteuse.

Car enfin, Messieurs, la loi a oublié de nous dire ce que l'on fera à l'égard des malades divulgués; nous sommes malheureusement en droit de le soupçonner. Qu'il s'agisse d'établir la désinfection à domicile, ou de transporter des sujets atteints, on n'en viole pas moins le droit des malades d'être soignés comme il leur plaît et où cela leur plaît. En matière de droit individuel, on ne comprend pas davantage le cordon sanitaire forcé autour d'un cas de fièvre puerpérale que le transport en masse des dysentériques ou pseudo-dysentériques si nombreux l'été dans les faubourgs populeux.

Donc nous avons bien le droit de nous poser cette question : quel motif nous oblige à *établir un diagnostic* et à laisser substituer à notre action entière, vis-à-vis du malade et de ceux qui l'approchent, l'action d'un confrère, au cas où nous serions remercié, ou celle d'une administration médicale quelconque. Notre conscience reste parfaitement d'accord avec nos droits et nos intérêts, si, tout en dissimulant le diagnostic, nous faisons, sous notre responsabilité morale, ce que l'administration pouvait faire elle-même. Notre réputation n'y perd rien; et l'accroc que nous donnons volontairement à notre science du diagnostic ne nous fera pas grand mal.

Cette conduite du médecin ne saurait donc paraître répréhensible, vu les résultats.

Dès lors la loi est ouverte et la disposition du législateur manque son but.

Quant aux inconvénients de la loi, ils éclatent et dans les quelques faits rapportés par vous et dans ceux que l'on peut soupçonner d'avance.

Il a été démontré que le fournisseur dont la boutique est achalandée, que le débitant dont le comptoir est très fréquenté, ne considéreront jamais comme un acte légitime de la part du médecin celui qui peut avoir pour résultat de faire le vide dans leur maison.

Soyez aussi certains que les abus, pour être peut-être moins nombreux, se produiront quand même. Supposez une période de choléra : que de faux cholériques peuvent pâtir d'un diagnostic prématuré ou erroné !

A-t-on seulement songé à la situation du médecin qui aurait à subir des poursuites pour un cas dénoncé à tort alors que la divulgation en aurait été préjudiciable à l'interné?

Donc, qu'il soit juste et motivé, qu'il soit dissimulé ou ignoré, qu'il soit hâtif et mal conçu, *le diagnostic obligatoire*, condition indispensable de l'exécution de la loi est une porte ouverte aux abus, à la vexation inutile à l'arbitraire et en même temps à l'amoindrissement de notre caractère professionnel.

Ce sont tout autant de raisons pour rendre la loi inexécutable dans la pratique, au moins telle qu'elle a été faite, et bien que le but de la défense sociale contre la contagion soit aussi légitime qu'urgent à réaliser.

La loi est-elle logique? Est-elle vraiment scientifique

Je veux dire par là : la Société trouvera-t-elle dans de telles mesures des conditions de sécurité nouvelles? Ces mesures sont-elles déterminées par nos connaissances scientifiques actuelles?

Pour répondre à cette question, il faudrait d'avance

nnaître les déterminations qui seront prises, et, je ai déjà dit, nous ne pouvons que les soupçonner; cela ême me dispense d'engager un débat à ce sujet.

Néanmoins, où la loi manque de logique et d'esprit ientifique, c'est quand elle exclut de sa liste certaines aladies très contagieuses comme la tuberculose, et n'elle y inscrit l'ophthalmie des nouveau-nés et l'in-ction puerpérale.

Elle devient puérile quand elle prescrit la divulga-on des cas de *peste*.

En ce qui me concerne je ne sais pas ce qu'on veut ntendre par ophthalmie des nouveau-nés, car j'en con-ais des variétés assez diverses et je me demande en uoi elles diffèrent des modes de suppuration variés ue nous connaissons; en quoi surtout elles prêtent à a contamination médiate?

Pour la fièvre puerpérale, qu'est-ce donc, sinon l'in-ection d'une plaie sur un sujet moins résistant que le lessé ordinaire. Ne sont-ce pas les mêmes germes mi-robiens, streptocoques et staphylocoques qui font le pus t les complications des plaies; l'érysipèle, la lym-hangite, la pyohémie et les septicités graves, et voire a diphtérite des blessés?

Pourquoi donc exclure l'*érysipèle* et les suppurations graves de la liste des affections contagieuses qu'il faut tivulguer?

La transmission et ses modes sont égaux dans ces dif-érents cas, qu'elle ait lieu par le pus, par les linges, es pièces de pansement, les gardes, les visiteurs, le médecin lui-même.

Si l'on veut être logique il faudrait dénoncer toutes les suppurations et il ne sera pas permis d'avoir un panaris ou un abcès dentaire sans être signalé à M. le préfet de police, ou au futur ministre de la santé publique.

Pardonnez-moi cette forme plaisante, mais en réalité la chose est tellement étrange que l'on ne peut se dispenser d'en faire ressortir les moindres inconséquences.

Cependant, si, tout arbitraire et dangereux qu'il soit, ce nouveau règlement devait être efficace, s'il devait amener de nouveaux progrès et apporter de nouvelles garanties; si finalement, malgré son caractère vexatoire, il permettait d'obliger les individus des classes pauvres ou moyennes (les autres trouveront toujours le moyen d'éluder le règlement) à user de précautions rigoureuses et, entr'autres précautions, à s'habituer aux formules hygiéniques de la désinfection et de l'isolement comme il faut l'entendre, il y aurait injustice à le condamner. D'autre part, pourquoi le législateur a-t-il renoncé à utiliser l'action médicale, sous la forme discrète qui est notre privilège? Et quel cas fait-on du médecin traitant avec une pareille organisation?

Permettrez-vous, Messieurs, le malade permettra-t-il qu'une autre médecine, une hygiène qui n'a d'autre titre que d'être officielle et subventionnée, vienne s'installer à votre place, ou, tout au moins, à votre côté pour vous inspecter, vous contrôler et peut-être vous dicter votre conduite?

S'agit-il seulement de dénoncer de bonne heure et dès leur apparition les cas de maladie contagieuse qui sont un danger pour le public, afin de découvrir l'existence d'un début d'épidémie et d'y porter remède en coupant le mal dans ses premières racines?

Il est aisé de répondre que, mieux que par le carnet médical, l'autorité est instruite. *L'hôpital* est là, avec l'inscription des premières victimes de toute épidémie. L'administration n'a-t-elle pas là des indications suffisantes et précoces sur toute maladie qui revêt un caractère de danger général? Mieux que cela, n'est-ce pas à l'hôpital que viennent les premières *diarrhées cholériformes*, les premières varioloïdes qui permettent de présager des formes plus graves et de faire l'isolement en temps utile dans les premiers foyers infectés?

Ces considérations s'appliquent aussi bien à la fièvre typhoïde et aux autres maladies visées.

Enfin, la *statistique officielle* qui, quoi qu'on fasse, ne sera jamais rigoureuse, n'est-elle pas suffisante, puisqu'elle constate le nombre des cas et le foyer des épidémies, sans révéler le nom et l'adresse exacte des malades.

N'y eût-il que ces deux éléments d'information, l'hôpital et la statistique, que cela suffirait; c'est par eux, d'ailleurs, que se fait surtout le début de l'information dans la législation étrangère.

Mais il y a plus: le médecin dont nous défendons le droit au secret, vis-à-vis du public, conserve tout son droit de savant et de philanthrope quand il s'agit de faire connaître les faits de nature à éclairer les besoins de la défense de la société. Ce droit, qu'on voulait convertir en une obligation, il l'exerce exceptionnellement chaque fois qu'il le peut, et son caractère de confident habituel des familles lui permet de dire tout ce qui est utile en dissimulant le détail de ce qui est inutile.

Qu'importe que l'on sache qu'il s'agit du locataire de droite ou de gauche du 1er ou du 5 étage d'une maison, en cas de fièvre typhoïde, si la maison est desservie par des eaux contaminées? Mieux encore, si c'est la rue ou le quartier? Voilà un fait d'un caractère spécial. S'il s'agit, au contraire, d'un fait absolument isolé, qu'importe que les désignations, autres que *le fait et la cause* qui l'a produite, soient apportés à qui de droit. La Commission des logements insalubres a-t-elle donc épuisé son action, au point qu'il faille faire intervenir de nouveaux règlements pour faire cesser des abus intolérables?

Donc, les médecins et les sociétés médicales sont des agents d'information discrets plus intéressés que qui que soit, et mieux qualifiés pour arriver à la connaissance des débuts d'épidémies, des causes de ces épidémies et des moyens de les juguler. Ils ont même une qualité de plus, c'est qu'ils les peuvent dis-

cuter plus savamment et plus utilement qu'une administration.

Comme conclusion, Messieurs, je dirai qu'ayant voulu seulement montrer par quel côté la loi nouvelle est inacceptable dans la pratique, je pense que vous devez procéder à une instruction mieux réglée et plus complète, relativement aux défauts que vous lui reconnaissez, de façon à en provoquer la revision, sans cesser de considérer son aspect comme conforme à la sécurité publique.

Je vous propose de nommer une Commission de cinq membres qui étudiera les divers éléments d'un programme de *critique* de la loi et dont vous aurez à apprécier les conclusions.

Dans cette Commission, on pourra envisager la loi à trois points de vue :

1° Au point de vue *professionnel* : privilèges, devoirs et dignité du médecin ;

2° Au point de vue scientifique : incertitude du diagnostic, choix et nomenclature irrationnelle des maladies à divulguer ;

3° Au point de vue philanthropique et social : rechercher le même résultat dans l'action efficace des renseignements hospitaliers, des secours médicaux à domicile, de l'information par les médecins, par les Sociétés savantes et par les rapports actuels avec diverses administrations : état civil et bureaux de bienfaisance.

Respect de la liberté des malades. — *Nécessité de n'accepter les procédés d'exception qu'en temps exceptionnel, c'est-à-dire en temps d'épidémies.*

Dans ces trois ordres d'idées, j'ai espoir que la Commission trouvera des arguments d'une réelle force et capables de modifier le sentiment qui a présidé à l'organisation nouvelle du *service des renseignements par les médecins, du diagnostic forcé et du carnet obligatoire — sous peine d'amende.*

BIBLIOGRAPHIE

Des méningites suppurées non tuberculeuses, par le Dr Albert Vaudremer, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1893.

Dans son travail inaugural, le Dr Vaudremer a eu l'intention de donner une revue d'ensemble des méningites suppurées. Si l'on est bien renseigné aujourd'hui sur les diverses particularités de la méningite à pneumocoques, on connaît moins les méningites à staphylocoques, à streptocoques, celles qui sont dues au bacille d'Eberth, au bacterium coli commune. Réunir dans un travail ce qui a été dit, ce qui reste acquis sur ces différentes formes étiologiques de la méningite, tel est le but que l'auteur s'est proposé, sans cependant avoir voulu entreprendre une étude complète de ces méningites.

De ce travail il résulte que différents organismes capables de produire des maladies générales peuvent déterminer des méningites suppurées. Pour le pneumocoque, le fait est aujourd'hui bien établi, mais une incertitude persiste encore à l'endroit des méningites à bacterium coli commune et à bacille d'Eberth, tous les deux étant pyogènes, mais le premier restant le plus souvent associé à d'autres microorganismes. Ces microbes pénètrent dans l'organisme par une voie quelconque et peuvent donner lieu à la méningite sans produire la maladie générale dont ils sont la caractéristique.

Parmi les méningites suppurées, il n'est guère que celle à pneumocoques qui donne lieu à des symptômes spéciaux notamment à la fièvre et à des symptômes cérébrospinaux. De même au point de vue anatomo-pathologique, on peut déjà reconnaître à l'œil nu si l'on a affaire à une méningite à pneumonocoques, celle-ci étant presque toujours cérébro-spinale et le pus offrant une teinte verdâtre caractéristique. Quant aux autres formes l'épanchement purulent n'affecte pas de lieu d'élection particuliers et sa couleur est jaunâtre.

Le diagnostic des méningites offre des difficultés surtout lorsqu'elles surviennent au cours d'une maladie générale, par suite des troubles nerveux encéphaliques qui peuvent accompagner celle-ci en dehors de toute altération des méninges ; sous ce rapport M. Vaudremer a attiré l'attention sur les états pseudo-méningitiques.

Au point de vue thérapeutique, l'auteur recommande d'abord les soins antiseptiques de la bouche comme préventifs, l'antisepsie du tube digestif. La trépanation ne doit être employée que lorsque les symptômes sont suffisamment nets pour préciser une localisation. Mais à toute intervention chirurgicale sur le crâne ou la cavité rachidienne, l'auteur préfère au moins en théorie le procédé de la vaccination spéciale qui est non seulement prophylactique mais aussi thérapeutique. Malheureusement ce que nous savons de ce procédé encore trop peu étudié ne nous permet pas de juger de sa valeur.

L. Jumon.

Les névropathes à Bagnères-de-Bigorre, par le Dr Gandy, in-18, 340 p. Paris, O. Doin, et Bagnères, L. Féré, 1893.

Le livre de M. Gandy est bien loin de ces brochures réclames dont les paniers à papier des médecins se remplissent vite à l'approche de la saison pendant laquelle les malades ont l'habitude de se rendre dans nos stations thermales. C'est l'œuvre d'un médecin consciencieux et instruit qui envisage de haut la pratique thermale et qui ne néglige aucun moyen d'étude pour en augmenter les succès ; mais très amoureux de cette superbe chaîne des Pyrénées, encore plus précieuse au point de vue médical qu'au point de vue pittoresque, M. Gandy s'étend longuement sur la description de Bagnères et sur les ressources que peuvent offrir ses eaux.

Honnêtement, M. Gandy compare Bagnères aux sept à huit stations thermales qui offrent avec elle quelques points de ressemblance, puis il décrit Bagnères lui-même, sa température, sa météorologie, ses ressources et les établissements que l'on a construits. Bagnères offre en effet une richesse peu commune: 7 sources minérales divisées en eaux sulfatées calciques thermales, en eau ferrugineuse froide, plus une eau sulfurée sodique.

Une pareille richesse et une pareille variété donnent lieu à des indications très nombreuses et M. Gandy reproduit avec satisfaction, en même temps que l'historique, l'opinion des auteurs sur ce sujet, mais il veut insister lui-même sur un seul point, l'emploi de ces eaux dans les grandes névroses.

Ce livre est en effet intitulé : Les Névropathes à Bagnères-de-Bigorre ; cette clientèle spéciale est des plus nombreuses à Bagnères et le principal avantage de ce livre est de montrer nettement qu'elle a parfaitement raison de s'y rendre.

Les deux grandes névroses modernes, la neurasthénie et l'hystérie, sont évidemment celles qui fourniront le plus de malades et en retireront les plus grands bénéfices, mais un séjour à Bagnères-de-Bigorre sera également précieux pour les épileptiques, les choréiques, les basedowiens, les malades atteints de névralgies périphériques et de névralgies viscérales, les arthritiques et les herpétiques. Un séjour à Bagnères est également indiqué dans quelques lésions bien déterminées du système nerveux amenant de l'hémiplégie ou de la paraplégie ; enfin les tabétiques eux-mêmes trouveront dans l'action sédative de quelques sources un soulagement considérable des phénomènes douloureux.

M. Gandy a écrit un livre très sobre et en même temps très fortement documenté. Il montre de la façon la plus nette que, de toutes les stations qui se disputent le traitement des névropathes, Bagnères est l'une de celles qui offrent le plus de titres et le plus d'éléments de succès. A. Chevallereau.

REVUE DE LA PRESSE

Remarques sur l'emploi de la codéine. (*Preinniger, Ther. Monatshfete*, 1893). Preinniger a expérimenté la codéine dans le but de savoir si elle peut remplacer la morphine dans la pratique. Il refuse à cette substance toute action narcotique et même lorsque l'insomnie est causée par la douleur, celle-ci s'en trouve calmée, mais le sommeil ne se produit pas.

La codéine agit d'une façon favorable dans toutes les maladies des organes de la respiration, accompagnées de toux douloureuse ou quinteuse, comme dans la tuberculose, la bronchite aiguë ou chronique et surtout dans la coqueluche. Chez les enfants de 10 ans, l'auteur prescrit 0,2 de codéine dans 100 grammes d'eau distillée à prendre par cuillerées à café. Dans cinq cas le résultat a été excellent. L'avantage de la codéine est de ne pas produire de troubles dyspeptiques.

En injections sous-cutanées, la codéine est moins active que la morphine. On ne sait encore si, à la suite des injections répétées de codéine, il peut se produire un ensemble symptomatique analogue au morphinisme. La codéine est ainsi un excellent médicament, mais elle ne peut remplacer la morphine. L. J.

Recherches sur l'importance de l'acide diacétique dans le diabète. (Munzer et Strasser. (*Archiv f. exp. Path. u. Pharm.* Bd XXXII, hft. 5 et 6.) — Munzer et Strasser ont cherché à résoudre la question de savoir si l'acide oxybutyrique seul contribue à l'acescence de l'organisme ou si d'autres corps, surtout l'acide diacétique, possèdent la même action. A cet effet ils ont examiné trois diabétiques, dont un cas grave, un cas moyen et un cas léger et ont analysé l'azote total, l'azote ammoniacal et l'acide diacétique. Voici les conclusions de ces auteurs :

1° Les destructions azotées paraissent augmenter rapidement pendant le coma diabétique.

2° L'acide diacétique détermine, comme l'acide oxybutyrique, une acidification de l'organisme et contribue à l'étiologie du coma diabétique, si toutefois ce dernier tient réellement à une intoxication acide.

3° L'élimination de l'ammoniaque suit dans beaucoup de cas une marche parallèle avec l'acétonurie et la diacéturie et il peut y avoir une certaine relation dans l'élimination des deux groupes de substances. L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 février. — Présidence de M. Lœwy.

De la présence d'un microbe polymorphe dans la syphilis. — M. Golasz. En 1888, j'ai trouvé, sous forme de bâtonnets, dans des végétations syphilitiques, un bactérium rappelant par sa morphologie le bacille décrit par Koch dans la tuberculose. Les végétations en question ne présentaient aucune trace d'ulcération ou d'érosion : par conséquent, le microbe ne pouvait provenir de l'extérieur. Comme ce microbe ne se colorait pas par la méthode de Koch, je dus en conclure qu'il ne s'agissait pas du bacille de la tuberculose, mais d'une variété différente.

En 1890, j'ai constaté, dans un cas de syphilis aiguë, suivi de mort, que le sang et les pustules étaient envahis par une quantité considérable de bâtonnets, identiques à ceux que j'avais précédemment trouvés dans les végétations syphilitiques. En outre, à côté de ces batonnets, existaient des cellules ovoïdes (spores) et de nombreux filaments articulés présentant une longueur moyenne de 60 μ.

De l'association de ces formes, je conclus à l'existence d'un microbe polymorphe, appartenant à une espèce très voisine des Leptothrix et des Cladothrix, mais plus rapprochée de cette dernière.

Voulant poursuivre mes observations et m'assurer qu'il

s'agissait bien d'un microbe polymorphe, je cherchai à le cultiver. Ici se posait un premier problème. Devais-je employer les milieux de cultures solides, indiqués par Koch et son école, ou faire usage des milieux liquides?

Avant Koch, Cienkowski, de Bary, van Tieghem ont étudié la biologie et la morphologie de microrganismes de la famille des Leptothrix et des Cladothrix. Van Tieghem, en particulier, a donné une belle description du bacille amylobacter, qu'il a décrit sous forme de *filaments longs et immobiles, bâtonnets courts et cellules ovoïdes.*

Ces savants ont eu recours à des milieux de culture liquides. Pasteur a, sur ce point comme sur beaucoup d'autres, ouvert la voie aux expérimentateurs, en donnant le premier la formule d'un milieu de culture liquide. C'est en appuyant sur les travaux de ces illustres bactériologistes que j'ai choisi un milieu liquide.

Frappé de cette idée que la syphilis ne se développe pas chez les animaux, j'eus d'abord recours au bouillon de chair humaine: cette première tentative fut complètement infructueuse.

Je pensai alors à choisir un des éléments contenant, en quelque sorte, la synthèse des albuminoïdes et des sels du corps humain, la nucléine.

Après m'être procuré de la nucléine provenant de la rate de sujets indemnes de syphilis, je fis des solutions aqueuses de cette substance et j'employai ces solutions comme terrains de culture. Le résultat, cette fois, fut satisfaisant. Le sang des malades atteints de syphilis, ensemencé dans ce liquide, donne en effet la culture pure d'un microrganisme polymorphe, qui évolue sous forme de filaments, de bâtonnets homogènes, de bâtonnets granulés, de cocci et de grandes cellules ovoïdes. Après avoir bien étudié les caractères de ces différentes formes dans les cultures pures, je repris l'étude du sang syphilitique: je retrouvai dans ce liquide exactement les mêmes formes qui se révèlent facilement à la suite d'une macération de la préparation dans l'acide phénique et d'une coloration au bleu de méthylène.

J'ajoute, pour ne rien omettre d'important, que dans les cultures pures, fraîchement préparées, c'est-à-dire riches en nucléine, on voit pulluler les formes végétatives (filaments et bâtonnets). Quand la culture est épuisée, ces formes disparaissent progressivement, en donnant naissance aux formes ovoïdes et aux zooglées. Si l'on ajoute alors une nouvelle quantité du milieu de culture, les formes végétatives reparaissent.

On observe dans le sang des phénomènes analogues. Quand la syphilis est en pleine évolution, on observe surtout les formes végétatives (filaments et bâtonnets); quand la médication spécifique modifie le milieu, filaments et bâtonnets disparaissent pour faire place aux cellules ovoïdes et aux zooglées, qui représentent l'état latent du microrganisme. A cette phase d'inactivité biologique du microbe, répond une phase clinique que Verneuil a bien caractérisée par le mot: *microbisme latent.*

Les mêmes phénomènes, dus aux mêmes causes, s'observent dans toutes les maladies à évolution chronique, dont le microbe spécifique appartient aux familles des Leptothrix et des Cladothrix, c'est-à-dire dans la syphilis, la tuberculose, la lèpre, la morve.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 20 mars 1894. — Présidence de M. J. Rochard.

Elections. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. le professeur Le Fort, décédé.

Sur 68 votants, majorité 35, M. Nicaise est élu par 57 voix, contre 7 données à M. Lucas-Championnière, 3 à M. Terrillon et 1 à M. Delens.

Traitement du pneumothorax. — M. Fernet pense qu'il faut, dans le traitement du pneumothorax, tenir compte avant tout des complications septiques qui peuvent survenir du côté de la plèvre, complications qui sont la règle dans le pneumothorax des tuberculeux et qui en font la gravité toute spéciale. Pour le pneumothorax simple, il faut s'en tenir aux moyens simples, pour calmer la douleur et la dyspnée. Mais quand il y a infection, il faut désinfecter la plèvre, et les moyens doivent être d'une énergie proportionnée à celle de l'infection. Dans les cas légers, on peut s'en tenir aux injections intrapleurales antiseptiques conseillées par Renaut (de Lyon), par Moizard, faites avec de la liqueur de Van Swieten (Renaut) ou avec la teinture d'iode diluée (Moizard, Fernet). Pour les cas plus graves, on aura recours au lavage, avec ponction au trocart, pour évacuer le liquide épanché dans la plèvre; pour les lavages, M. Fernet conseille le naphtol en solution saturée.

Dans les cas graves d'emblée, ou lorsque les moyens précédents ont échoué, on n'hésitera pas à pratiquer la pleurotomie, sauf si on sait à l'avance que le poumon est atteint de lésions incompatibles avec l'existence. Cette opération évidemment est moins favorable qu'en cas de pleurésie purulente, elle laissera en général une fistule; mais elle aura sauvé la vie du malade.

Chirurgie du foie. — M. Verneuil désire rectifier une phrase où M. Dujardin-Beaumetz semble lui attribuer l'opinion que toute opération chirurgicale est contre-indiquée chez les sujets atteints de lésion hépatique. Il n'a jamais émis cette opinion, mais a seulement dit que chez ces sujets le pronostic opératoire était aggravé, comme par diverses autres propathies: ce qui n'est nullement une contre-indication aux opérations d'urgence.

L'épidémie de fièvre typhoïde. — M. Dujardin-Beaumetz. Grâce aux renseignements administratifs et aux déclarations faites de plus en plus par les médecins, on peut maintenant déclarer que l'épidémie de fièvre typhoïde, qui a commencé à Paris vers le milieu du mois dernier et qui diminue très sensiblement aujourd'hui, est en rapport avec la distribution des eaux des sources de la Vanne.

On sait qu'à Paris les eaux de sources distribuées proviennent de la Dhuys, de la Vanne et de l'Avre; elles se rendent dans des réservoirs distincts, et desservent, en hiver tout au moins, certains quartiers; or, c'est dans ceux-là que la fièvre typhoïde s'est presque exclusivement développée. L'immunité est remarquable pour les quartiers alimentés par la Dhuys et l'Avre.

D'autre part, le même jour qu'à Paris éclatait également à Sens, alimentée par une dérivation de l'aqueduc des eaux de la Vanne, une épidémie de fièvre typhoïde, alors que, depuis l'arrivée de ces eaux dans cette ville, la fièvre typhoïde y avait cessé.

Une enquête s'impose donc à Sens et à Paris; elle est

à commencée par une délégation du comité permanent épidémies.

. Bucquoy désire donner un renseignement complémen-re. Le Dr Lorne vient de m'envoyer cette dépêche : Mathieu, de Villeneuve-l'Archevêque, signale épidé- fièvre typhoïde dont six morts à Bigny-le-Ferron, il y uelques morts sur cours d'eau Tiremonte traversant inages d'usine Flacy d'eau de Vanne. »

insi à quelques lieues et sur l'une des branches de la ne a régné, il y a quelques mois, une épidémie de fièvre hoïde qui a pu être le point de départ de l'adultération eaux.

. Vallin soumet à l'Académie quelques faits montrant développement de la fièvre typhoïde dans la garnison de is. Les renseignements fournis par l'armée ont l'avan- e de la précision; ces renseignements montrent, d'autre t, que l'épidémie est actuellement en voie de décrois- ce. Le début a été rapide, brusque, rappelant beaucoup is les phénomènes d'une intoxication que ceux d'une épi- nie ordinaire. Mes observations portent sur trois faits : 1° le out de l'épidémie a été brusque ; 2° la fièvre typhoïde est itée exclusivement limitée à l'enceinte de Paris et à la rnison intra-muros ; 3° les casernes alimentées en eau Vanne ont été seuls atteintes ; celles alimentées en eau la Dhuys, de la Marne et même de la Seine, n'ont irni aucun cas de fièvre typhoïde.

Au commencement de 1894, la fièvre typhoïde avait pour isi dire disparu de la garnison de Paris. Le 15 février, il y avait encore que 13 entrées, le 25 février, il y en avait 7. L'examen attentif des casernes n'y montrait aucune use d'insalubrité. La cause était commune à la population ile et à l'armée, puisque toutes deux étaient envahies ns des proportions à peu près égales. L'épidémie était solument limitée à l'enceinte de Paris. Dans ce cas par- ulier, l'idée de l'empoisonnement par des eaux souillées mposait. Dans toutes les garnisons des environs de ris, la préservation a été à peu près complète, quoique s garnisons reçoivent de l'eau médiocre, mais filtrée.

A Paris, toutes les casernes ont été atteintes sauf deux, la aserne des Tourelles, à Ménilmontant, et la caserne de la ouvelle-France, à l'angle de la rue Lafayette et du fau- ourg Poissonnière. La première est desservie par l'eau de Dhuys, la seconde reçoit de l'eau de source provenant e la Dhuys et de l'Avre.

Ces deux faits paraissent avoir une grande valeur au oint de vue de l'origine de l'épidémie. Il n'y a pas une eule caserne alimentée en eau de la Vanne qui n'ait payé n tribut plus ou moins lourd à l'épidémie, tandis que les asernes épargnées recevaient d'autre eau que celle de la anne.

Les recherches bactériologiques, faites au Val-de-Grâce ar le professeur Vaillard, montraient l'existence, dans l'eau e la Vanne, de quelques colonies de microbes, aussi les ilitaires, actuellement, ne boivent que de l'eau bouillie.

L'eau de seltz et les eaux minérales. — MM. Moissan et Gaimbert. Il semble que l'acide carbonique exerce une ac- ion nocive sur les colonies et en effet les eaux de seltz exa- inées étaient indemnes ; il n'en était pas de même des aux gazéifiées, par exemple de l'eau dite de Chantilly, de eau de l'Atlas, toutes deux riches en colonies, mais ne con- enant pas de coli.

Les eaux minérales ont donné des résultats curieux. Les aux de Saint-Galmier contenaient de nombreux bacilles et souvent des colis. De même pour les eaux d'Apollinaris, de Condillac, de Fourchambault, de Vittel, de Pongues, d'Alet, d'Orezza, de Contrexéville, de Vichy (Célestins, Mesdames, Grande Grille), de Vals (Saint Jean, Précieuses).

En examinant les chiffres du tableau fourni par M. Moissan, on est frappé du nombre considérable des colonies trouvées par mètre cube. Ces colonies sont moins nombreuses que celles de l'eau de la Marne ou de l'eau de Seine, mais il serait facile de prendre des mesures pour que ces eaux fussent parfaitement indemnes. Les soins de propreté font défaut dans le captage et l'embouteillage de la plupart de ces eaux. Dans aucun cas on n'a rencontré le bacille d'Eberth, le bacille de la fièvre typhoïde. On a rencontré dans ces eaux du zinc, du plomb et de l'étain, dont les analyses n'avaient pas fait mention jusqu'ici et qui paraissent tenir à l'embouteillage.

Depuis que le commerce des eaux minérales a été abandonné aux épiciers, la propreté de ces eaux est devenue très défectueuse. Quelques uns de ces épiciers, des charbonniers, des crémiers, vendent des eaux minérales au détail, par verre et par demi-verre.

Ces faits peuvent expliquer pourquoi les eaux minérales prises à la source agissent d'une manière très différente des eaux minérales en bouteilles, prises dans les conditions qui viennent d'être indiquées.

M. Riche. Le territoire de Saint-Galmier est une véritable écumoire, il y a des sources partout, d'autre part il y a de nombreuses infiltrations ; les eaux sont très mal captées. Il en est de même à Vichy.

M. Cornil. Nous savions très bien que les eaux minérales contenaient de nombreuses bactéries. M. Poucet a été envoyé il y a quelque temps à Vichy pour examiner les eaux à leur griffon. Il n'y a trouvé aucun microbe, mais il y a des microbes à peu de distance de l'émergence des eaux et leur nombre augmente peu à peu jusqu'au point où se fait l'embouteillage. Depuis deux ou trois ans on a excité les propriétaires d'eaux minérales de Vichy et de Saint-Yorre à mieux réglementer la manière dont ils font boire les malades et la manière dont ils embouteillent les eaux et déjà des mesures ont été prises dans ce sens. La vasque, dans quelques sources ne sert plus qu'à rincer les verres, mais on ne boit pas son eau.

Pour l'embouteillage, j'ai conseillé de prendre l'eau sur le conduit vertical qui provient du puits artésien, à quelque distance au-dessous de la vasque, sans qu'il y ait aucune communication avec l'air. Malgré tout, il est absolument impossible d'empêcher l'entrée de quelques microbes dans les eaux minérales.

Quant au bouchon, on le laisse dans l'eau minérale courante avant de boucher la bouteille.

M. A. Robin. La Commission des eaux minérales a déjà appelé sur ces faits l'attention de l'Académie. A Vichy, par exemple, les eaux sont amicrobiennes au niveau du griffon, sauf la source des Célestins. Les trois grandes causes d'infection des eaux sont l'embouteillage, la gazéification et le décantage.

La Commission des eaux minérales s'occupe de vérifier l'analyse chimique des eaux, mais elle ne s'occupe pas de l'examen bactériologique parce qu'il n'y a ni personnel, ni installation, et cependant, l'analyse microbienne est au moins aussi importante que l'analyse chimique.

M. le Secrétaire perpétuel. Depuis longtemps les divers

bureaux se sont occupés de modifier l'installation de l'Académie qui est défectueuse à de nombreux points de vue.

M. Larrey. L'Académie est souvent consultée par de nombreux ministres sur des questions qui sont de sa compétence, il serait bon de s'adresser à eux à ce point de vue.

M. le Secrétaire perpétuel. Nous avons déjà amené à l'Académie deux ministres qui ont été scandalisés de l'état de choses actuel ; malheureusement les ministres passent et nous en sommes réduits à espérer. L'Académie a fait tout ce qu'elle a pu, mais nous ne pouvons obtenir de la Chambre qu'elle vote le budget nécessaire pour opérer ce changement.

M. A. Robin propose le vœu suivant : L'Académie ne disposant ni du personnel, ni du local nécessaire pour examiner complètement les eaux minérales qui lui sont présentées, décline toute responsabilité à ce sujet.

M. le Président charge M. Robin de faire un rapport sur cette question.

Pneumo-bacille de la broncho-pneumonie et de la pleurésie hémorrhagique. — M. Berlioz (Grenoble) a étudié un microbe spécial qu'il a trouvé chez un sujet mort de broncho-pneumonie double avec pleurésie hémorrhagique. Ce bacille se présente sous forme d'un bâtonnet de 4 à 5 μ de longueur sur 1 μ de largeur. Il cultive bien sur l'agar et produit de nombreuses spores. Inoculé à des lapins, il a toujours produit la broncho-pneumonie et la pleurésie hémorrhagique. (Comm : M. Cornil.)

M. le Président annonce que dans la prochaine séance l'Académie se formera en comité secret pour entendre le rapport de M. Polaillon sur les candidats au titre de correspondant national (chirurgie).

A 3 heures la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 mars 1894. — Présidence de M. Ferrand.

Myxœdème et glande thyroïde. — M. Voisin présente à la Société une petite idiote myxœdémateuse qui a subi le traitement par la greffe et l'alimentation thyroïdienne. Cette enfant, jusqu'à l'âge de 18 mois, avait progressé normalement ; à ce moment, arrêt de développement, l'enfant grossit, mais ne grandit plus ; elle ne parle plus, reste immobile. A 6 ans elle recommence à parler et à marcher. Quand elle entre dans le service en avril 1893, on constate tous les signes de l'idiotie myxœdémateuse. L'enfant est âgée de 9 ans 1/2 et présente 76 centimètres de taille ; la face est bouffie, les yeux sont petits, enfoncés dans l'orbite, les joues sont pendantes, surtout la gauche. Des squames existent sur les membres inférieurs et supérieurs ainsi que sur le tronc ; eczéma dans le cuir chevelu. L'intelligence est très peu développée, l'enfant est très ente dans ses mouvements et dans ses conceptions.

Au mois de juillet 1893 on lui fait appliquer une greffe thyroïdienne. La plaie guérit par première intention et au bout de cinq à six semaines la glande thyroïdienne était résorbée. La peau changea aussitôt d'aspect, elle devint moins épaisse et moins rugueuse. A un moment donné même, surtout aux mains, la peau devint mince et parut trop grande. Le 12 février dernier on donna à manger à l'enfant des morceaux de corps thyroïde mélangés à de la confiture, on lui donna 6 à 8 grammes par jour. Au bout de dix-huit jours l'enfant s'agita, devint grognon, ne put rester en place. Elle pleurait à chaque instant et paraissait avoir des frayeurs. Le 21e jour elle fut prise d'accélération du pouls, d'une fièvre légère, 37°,5 à 38 degrés, la peau se congestionna uniformément. On supprima le traitement et deux jours après tout était revenu dans l'ordre.

On constate aujourd'hui une peau moins épaisse, moins rugueuse, paraissant trop large pour le corps qu'elle recouvre. Son élasticité qui avait disparu il y a quelques jours paraît revenir. L'état mental est légèrement amélioré aussi. Ainsi donc la greffe thyroïdienne a produit une amélioration du côté de la peau.

Sur l'érysipèle de la face. — M. Antony lit sur cette question un travail dont voici les conclusions :

L'érysipèle de la face est contagieux dans une faible mesure peut-être ; mais si restreinte que soit la contagiosité, elle est toujours à rechercher et on ne doit jamais négliger d'appliquer aux malades qui en sont atteints les mesures ordinaires de la prophylaxie des maladies contagieuses.

La période d'incubation de l'érysipèle varie de trois à douze jours et paraît être en moyenne de quatre à huit jours.

L'érysipèle de la face a une évolution cyclique ; le cycle fébrile a une durée moyenne de six à huit jours ; la durée totale de la maladie est de douze à quinze jours.

Enveloppements humides dans les maladies des voies respiratoires. — M. Le Gendre. Au cours de toutes les maladies aiguës des voies respiratoires et dans certains épisodes aigus des maladies chroniques de celles-ci, l'hyperémie active, la fluxion sanguine, intense et brusque est un facteur important d'aggravation de l'état local et de l'état général. Dans les bronchites aiguës, les broncho-pneumonies, quelle qu'en soit la cause, banale ou spécifique (grippe, coqueluche, rougeole, etc.), dans l'asthme et l'emphysème, la congestion pulmonaire concomitante est généralement combattue par des procédés de révulsion comme la sinapisation, les ventouses, les vésicatoires. A ces moyens je trouve préférable l'enveloppement permanent du thorax dans des compresses imbibées d'eau froide, exprimées de manière à être seulement humides, puis recouvertes de taffetas gommé, enveloppement qu'on renouvelle d'abord tous les quarts d'heure, puis toutes les demi-heures et toutes les heures suivant l'effet obtenu. C'est l'enveloppement hydropathique des auteurs allemands.

Ce procédé hydrothérapique, toujours facile à mettre en pratique, parfaitement toléré par les malades, rend surtout de grands services dans la thérapeutique infantile ; il peut être employé chez les enfants les plus jeunes, continué aussi longtemps et repris aussi souvent qu'il est nécessaire à chaque retour offensif de congestion pulmonaire. Il a pour effet certain de faire diminuer la dyspnée plus rapidement que tout autre moyen, en ralentissant les mouvements respiratoires et en les rendant plus amples. de combattre l'hyperthermie et les troubles nerveux qui l'accompagnent, agitation, insomnie, refus d'aliments. Très usité à l'étranger, il mériterait d'être vulgarisé dans la pratique française ; l'ayant employé dans une centaine de cas de maladies aiguës des voies respiratoires (laryngites, bronchites avec congestion, broncho-pneumonies à foyers successifs, grippales coqueluchiales, rubéoliques, diphtériques), dans des maladies chroniques (asthme, emphysème

uberculose pulmonaire), au moment où elles se compli-uaient de poussées hyperémiques actives, je l'ai trouvé oujours inoffensif et presque toujours, je dirai même tou-ours efficace, au point de vue de l'indication unique, mais i importante que j'ai précisée, l'hyperémie active à inva-ion brusque.

M. Rendu. Depuis l'année 1884, j'emploie le drap mouillé, t j'ai constaté que, dans les broncho-pneumonies graves, i amenait une très grande amélioration, mais je n'emploie as le même procédé que M. Le Gendre. Je me sers du rap mouillé complet où je laisse le malade pendant deux u trois heures. Dans la première demi-heure, il y a éléation de la température périphérique, à cette phase uccède une phase de réaction ; le malade se met à trans-irer, et il a une diurèse très considérable ; en somme tous es émonctoires fonctionnent. Il est donc possible que l'ac-ion ne soit pas la même que celle qu'obtient M. Le Gendre. n tout cas, je confirme l'efficacité et l'innocuité de ce trai-ement.

M. Richardière. Pendant que j'étais l'interne de I. Rendu, j'avais été frappé de ces faits. Cette année, à 'hôpital Trousseau, j'ai eu à soigner près de 60 broncho-neumonies après la rougeole; ce traitement par le drap nouillé m'a donné de très bons résultats.

Un phénomène important c'est que la température ne aisse pas de suite; ce qui domine c'est la sédation des hénomènes nerveux et l'apparition de sueurs abondantes.

M. Le Gendre. J'emploie le drap mouillé dans certains cas eulement ; et je crois que le moyen que je préconise est l'un emploi plus r pide et plus simple. De plus, le moyen eut être plus continu; j'ai laissé des enfants pendant huit ours le thorax enveloppé de compresses fraîches; c'est lonc plus pratique encore que le drap mouillé.

M. Rendu. Ce qui me paraît important dans ce moyen, 'est qu'il permet la perméabilité du rein. Il est donc bien préférable au vésicatoire, en ce qu'il provoque la diaphorèse t la diurèse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 17 mars 1894. — Présidence de M. Christian.

La séance est ouverte à 4 heures.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière éance.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habi-uels ; *Bulletins des sciences médicales du grand-duché du Luxembourg*.

Correspondance manuscrite. — Lettre du Dr Koch, prési-dent de la Société des Sciences médicales du grand-duché de Luxembourg annonçant l'envoi des Bulletins de la So-ciété qu'il préside et demandant en retour l'échange de nos Bulletins (*adopté*).

Loi sur la déclaration des maladies contagieuses.— M. Do-léris. (V. p. 177.)

M. Doléris. J'insiste sur ce point, que je ne critique pas les tendances générales de la loi ; je reconnais le bien fon-dé de ses intentions, mais je m'élève contre la façon mala-droite avec laquelle elle a été édictée et contre les consé-quences présumées de son application. Je crois que, modi-fiée, cette loi est susceptible de rendre de grands services à la santé publique, aussi la Commission que vous nom-merez devra-t-elle examiner avec soin les divers moyens à conseiller pour arriver finalement au même but, que je souhaite autant qu'aucun autre de mes confrères : l'en-rayement des épidémies. J'avoue que ce qui me cause quelque effroi, c'est que nous ne possédons aucun rensei-gnement précis sur le *lendemain* de nos déclarations.

M. Rougon. Sans conteste, cette loi entrave le libre exer-cice de la profession médicale. Elle est inutile, parce qu'en cas d'épidémie, il n'est pas de médecin qui ne se croit pas obligé de prendre des mesures hygiéniques vis-à-vis de ses malades, pour empêcher la propagation du fléau. Un sim-ple appel aux médecins aurait suffi.

M. Ladreit de Lacharrière. Si la loi est vexatoire, elle devrait être au moins efficace ; il est incontestable que lorsqu'une ville est en proie à une grande épidémie, le devoir du législateur est de songer avant tout au plus grand nombre. Etant donnée la déclaration, si l'adminis-tration laisse l'infecté chez lui, cette dernière devra procé-der à une désinfection continuelle jusqu'à la guérison du malade ; sans cette désinfection prolongée, tout acte de désinfection sera illusoire. Sont-ce là des mesures suscep-tibles d'être appliquées ? assurément non. L'administration exigera-t-elle le transport des infectés? cela est difficile ; l'isolement est cependant, pour plusieurs des malades ins-crits sur le *fameux* carnet le seul moyen de préservation sociale.

Permettez-moi de vous relater un fait que je tiens de l'un de mes confrères exerçant boulevard Voltaire.

Un malade meurt dans sa clientèle d'une des affections devant être déclarées; la déclaration a été faite, puis fina-lement une escouade a pénétré dans l'appartement et s'est livrée à un nettoyage tel qu'on aurait cru à une dévastation faite par des pompiers à propos d'un incendie.

Selon moi, la déclaration des maladies contagieuses, telle qu'elle a été édictée, est illusoire dans la majorité des cas ; il n'y avait donc pas opportunité à soumettre la population parisienne à une pareille iniquité.

De plus, cette loi est inapplicable pour de multiples rai-sons, à la campagne et dans beaucoup de petites villes ; ces mesures seront donc imposées à une certaine catégorie de Français sans l'être à d'autres ; une loi doit avant tout être universelle.

M. Abadie. Je ne suis pas hostile en principe à la nouvelle loi sur la déclaration des maladies contagieuses et j'estime qu'il y avait quelque chose à faire dans ce sens. Mais il fallait limiter les obligations de déclarations aux maladies à contagion diffusible, à celles qui, à un moment donné, peu-vent engendrer de véritables épidémies et faire courir de grands dangers à un grand nombre de personnes à la fois. Qu'on cherche par tous les moyens possibles à étouffer dès l'origine le foyer de variole, de choléra et même de diphthérie, rien de mieux. Je m'étonne même qu'on ait complètement laissé de côté la tuberculose dont la conta-giosité est définitivement démontrée et qui, à elle seule fait plus de victimes que toutes les autres réunies. Non pas que je réclame qu'on séquestre les tuberculeux et qu'on les signale chacun isolément à l'attention des employés char-gés de veiller sur la santé publique ; on ferait de la meil-leure besogne en s'efforçant, autant que faire se peut, à dé-truire les produits d'expectoration qui contiennent les vé-

ritables éléments de contage partout où ils se trouvent. Ce n'est pas le tuberculeux qui reste chez lui, qui crache chez lui, qui est dangereux, c'est celui qui voyage, qui expectore dans des compartiments de chemin de fer où le public voyagera après lui sans qu'il y ait eu la moindre désinfection ; c'est le tuberculeux qui cohabite avec d'autres individus dans des espaces restreints et qui finit alors par provoquer peu à peu autour de lui des épidémies meurtrières comme celles qui ont été signalées par Marfan.

Par contre, je ne vois pas bien pourquoi on a demandé la déclaration obligatoire de l'ophthalmie purulente. En réalité, dans la pratique, cette maladie n'est presque jamais transmise d'un malade à un autre. La contagiosité ne peut avoir lieu par l'air ambiant, il faut qu'il y ait contact direct entre une muqueuse oculaire saine et une muqueuse oculaire infectée. Théoriquement, la chose est possible, en fait elle n'a presque jamais lieu.

Les enfants nouveau-nés atteints d'ophthalmie purulente ne l'ont pour ainsi dire jamais contractée d'un enfant voisin.

C'est au moment de l'accouchement et du passage de la tête dans le canal vaginal que la contamination a eu lieu. Chez l'adulte, c'est en touchant, par mégarde les yeux avec les doigts souillés de pus uréthral, que se produit l'inoculation de l'ophthalmie blennorrhagique. Donc, que ferait-on de plus que le médecin traitant une fois la maladie signalée à l'autorité compétente? Y aura-t-il lieu de désinfecter les locaux, de prendre les mesures d'isolement. Nullement, il faudra se borner à recommander de ne pas toucher les yeux avec les mains ou les objets de pansement souillés de pus ; mais, cette recommandation, le médecin traitant la fait à chaque visite.

M. DE RANSE. La loi n'a pas été très utile quant à ce qui concerne l'épidémie actuelle de fièvre typhoïde; les cas étaient disséminés dans les divers quartiers ; il a suffi que les grandes sociétés médicales recommandent à la population de faire bouillir l'eau pour que l'épidémie suive une marche décroissante.

Quant à l'application de la loi dans les campagnes et les petites villes, il n'en est pas question pour le moment, tant que la loi sanitaire n'aura pas été votée.

Pour les villes d'eaux, la déclaration des maladies contagieuses constitue un grand danger, puisqu'il suffit qu'un seul cas de l'une des affections à déclarer soit connu, pour amener la mise en interdit de la station par la très grande majorité des malades ; c'est la ruine pour tout le monde et cependant elle est évitable. Ainsi je me rappelle un fait : je suis appelé dans un hôtel de Néris auprès d'un scarlatineux. Mon diagnostic fait, je réunis l'hôtelier et les parents de mon jeune malade, je leur démontre la nécessité d'empêcher la propagation de la maladie ; l'isolement de mon malade a été parfaitement exécuté et il n'y a pas eu d'autre cas de scarlatine dans l'hôtel; je n'insiste pas sur les conséquences qu'aurait pu avoir ma déclaration auprès d'autorités constituées et désireuses de ne pas enfreindre la loi. Evidemment en pareil cas la municipalité aurait pu exiger le transfert de mon malade, à l'hôpital de Montluçon par exemple, distant de 8 kilomètres, mais ce voyage n'aurait-il pas entraîné des accidents désastreux pour mon jeune client.

M. DE BEAUVAIS. L'un de nous sait-il de quelle façon l'administration a procédé vis-à-vis du jeune Hérisson, externe des hôpitaux, mort récemment de diphtérie, contractée dans l'exercice de ses fonctions?

A propos du cas signalé par M. de Ranse, j'ai observé un fait analogue ; une de mes clientes descend dans un hôtel de Clermont et fait une scarlatine ; le secret est recommandé ; on prend les précautions hygiéniques nécessaires ; la malade a guéri et n'a contagionné personne. Si la déclaration avait été faite, de deux choses l'une, ou l'hôtel aurait été fermé et ma cliente serait restée seule dans l'immeuble, ou l'hôtelier aurait exigé le transfert et alors la guérison aurait pu ne pas avoir lieu.

J'aurais compris que l'administration nous exhortât à redoubler de soins et de précautions en présence de malades atteints d'affections contagieuses; d'autre part, je suis effrayé du carnet que la préfecture de police m'a remis entre les mains, parce qu'elle a complètement omis de me dire ce qu'elle comptait faire de mes déclarations.

M. DUROZIEZ. Vous faites le procès de l'administration, cela est bien, mais elle n'a agi qu'après avoir pris l'avis de l'Académie de médecine. Cette dernière est très coupable de s'être compromise dans une aventure semblable.

M. BERGERON. Les scarlatines n'ayant pas contagionné d'autres individus sont relativement nombreuses, lorsque médecins et parents agissent intelligemment. Il y a trois ans, j'ai traité une scarlatine chez un jeune enfant, ayant cinq frères et sœurs; l'épidémie a été enrayée grâce aux précautions prises.

M. DE BEAUVAIS. Je n'ai pas saisi le pourquoi de la liste des maladies à déclarer. Les oreillons ne sont pas signalés; quelle en est la raison ?

M. DOLÉRIS. La Commission devra étudier toutes les conséquences fâcheuses de la loi; la discussion actuelle étant destinée à éclairer les futurs rapporteurs, je me permets de faire remarquer qu'un médecin sera susceptible d'être attaqué en justice par un de ses clients, lorsqu'il aura été démontré que la déclaration faite constitue une erreur de diagnostic, ayant entraîné la mise en interdit de sa maison pendant un certain laps de temps.

M. TISSIER. Assurément ces erreurs de diagnostic sont parfois funestes ; un enfant est atteint d'angine, les parents le mènent à l'hôpital, on l'installe dans le pavillon des diphthéritiques, quarante-huit heures après le petit malade sort guéri, l'angine n'était qu'une angine herpétique. Quatre jours après la réintégration de l'enfant chez ses parents, la diphtérie se déclare et l'enfant meurt. On avait isolé le jeune enfant à l'hôpital pour obvier à la contagion !

M. RELIQUET. Il est incontestable que si l'on ne parvient pas à modérer la fougue des fonctionnaires, nous assisterons à des transferts de malades, absolument néfastes à tous les points de vue.

M. DE BEAUVAIS demande que la Commission cherche à se renseigner sur les projets de l'administration. Fera-t-on de l'isolement comme à Londres ? Un enfant a la variole, il est arraché du domicile de ses parents, conduit sur un ponton de la Tamise et là il y meurt sans que ses père et mère aient pu le voir une seule fois ; voilà un fait dont je garantis l'authenticité.

M. PERIN. Je suis appelé auprès d'un jeune garçon de 12 ans, élève du lycée Montaigne; l'interne de l'établissement ayant reconnu la présence de dépôts blanchâtres dans la gorge, demande le transfert immédiat du petit malade ; lorsque j'examine le malade, l'isthme du gosier était intact. Beaucoup de bruit pour rien, mais il y en aurait eu davantage si l'interne avait affirmé le diagnostic de diphtérie.

est souvent difficile au praticien, qui n'a pas à sa disition les indications susceptibles d'être fournies par le roscope et le bouillon de culture, de s'y reconnaître.
utre cas : J'ai donné mes soins à une jeune fille qui t atteinte de ce qu'on décrit sous le nom de fièvre muuse ; que devra faire dorénavant un praticien en préce de cas semblables ?
I. DE BEAUVAIS fait observer à M. Perin que le carnet dit: « médecin devra... son diagnostic fait », je reconnais « nous ne manquerons pas d'assister à de véritables rnois entre les médecins fonctionnaires et les médecins itants.
I. CHRISTIAN. La loi est en vigueur dans plusieurs pays, ngleterre, l'Allemagne, la Suisse, la Hollande ; la comssion devra se renseigner sur la façon dont elle est appuée. En Alsace-Lorraine, il se passe des faits véritablent odieux ; c'est ainsi que dans le pays où je suis né, nfant d'un ouvrier étant atteint de variole, l'administran est saisie du fait ; une pancarte est accrochée à la mai- et une voiture vient chercher le malade. Les parents pposent au transfert, qui finalement est effectué de ce ; l'enfant menrt et l'ouvrier est condamné à l'amende ur refus de soumission aux hommes de loi. Est-ce là des ons d'agir que l'administration désire acclimater en nce ?
e connais aussi une dame dont la fille a été atteinte de ricelle pendant un voyage à Baden ; sa fille et elle ont séquestrées dans une tour dont le séjour n'a rien gréable.
— La Société décide que MM. Abadie, Doléris, Ladreit Lacharrière, de Ranse, Perin formeront une Commission rgée d'approfondir les conséquences de la nouvelle loi.
us les membres présents sont unanimes à reconnaître ilité de toute mesure hygiénique, pourvu qu'elle soit mpatible avec le libre exercice de la profession médie.
a séance est levée à 5 h. 1/2.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 mars 1894. — Présidence de M. TH. ANGER.

Mort subite par injection de cocaïne dans l'urèthre d'un lade. — M. RECLUS fait un rapport sur une observation voyée par un confrère de province. Il s'agissait d'un illard de 72 ans atteint de rétention complète d'urine. rès plusieurs ponctions de la vessie, après nombre de ntatives infructueuses de cathétérisme, on résolut de atiquer la taille sus-pubienne, mais auparavant, pour re le cathétérisme, on injecta dans l'urèthre de ce male irritable et nerveux, 20 grammes d'une solution à p. 100 de cocaïne. Cette dose prétendue faible, c'est-à-re 1 gramme de cocaïne, est une de celles que l'on a à ste raison appelées une « dose folle ». L'auteur ajoute il ne s'agissait pas ici d'injection hypodermique, mais ne simple mise en contact avec une muqueuse. Il n'était s permis d'ignorer que l'absorption peut se faire par la uqueuse — et sans rappeler le cas de Kolomine, le cas Necker, il est certain que là où 0 gr. 80 peuvent amener mort, il est absolument fou d'administrer 1 gramme, 0 centigrammes de cocaïne à un malade, fût-ce même simple contact.

Le malade, dit notre confrère, était artérioscléreux. Raison de plus pour augmenter de précautions et c'est avec ces précautions que l'on doit, comme moi, considérer l'artério-sclérose comme une des indications de l'emploi de la cocaïne préférablement au chloroforme.

Trépanation et plaies du crâne par armes à feu. — M. BERGER. On m'a attribué l'opinion, émise par moi, que les balles dans l'intérieur du crâne étaient aseptiques. J'ai dit que les projectiles se comportaient assez souvent comme un corps aseptique, mais je n'ai pas voulu dire qu'il en était toujours ainsi, d'autant plus que je connaissais les expériences de M. Laveran qui a montré l'infection fréquente du projectile.

Il y a deux points dans cette discussion, un point de doctrine, un point de pratique. Du premier, défendu par certains auteurs, il n'en faudrait pas conclure un point de pratique qui ne serait peut-être pas celle de ceux même qui défendent le côté doctrine.

Quand il n'y a pas d'accident, immédiatement après la blessure, doit-on intervenir ? Oui, disent les doctrinaires. En pratique, doit-on répondre de même ? D'après les observations présentées par les interventionnistes, on voit dans une, une trépanation au bout de trois semaines, une autre au sixième jour, ce sont des exemples de trépanations secondaires, et elles prouvent qu'on peut avoir de bons résultats, mais non que les doctrinaires, en pratique font d'urgence la trépanation. Il est un troisième fait où on a trépané d'urgence, mais dans ce cas la balle n'avait pas dépassé la dure-mère.

M. Terrier est intervenu au bout de vingt-quatre heures, d'urgence ; il a exploré, il a fait une fausse route, n'a rien trouvé et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on put constater que la balle s'était réfléchie. Ce fait ne me paraît pas favorable à l'intervention d'urgence. M. G. Marchant de même, dans le fait qu'il a publié, a attendu l'élévation de température. C'est encore une trépanation secondaire, le résultat a été favorable, et M. Marchant est interventionniste.

Il reste quatre faits : un d'intervention immédiate sur un malade paralysé et un semi-comateux, après vingt-cinq minutes de recherches on ne trouve rien et le malade meurt ; un second où il existait un abcès ; un troisième et un quatrième où était survenue de la fièvre, où existaient des phénomènes généraux. Les malades ont guéri, mais ce sont encore des trépanations secondaires.

Les opérateurs ont ouvert des foyers septiques, ont enlevé des projectiles septiques, ont paré aux accidents provoqués par les corps étrangers.

Que l'on dise donc que les indications d'intervention doivent être attendues, et que l'intervention d'urgence que l'on a défendue en doctrine n'est pas mise en pratique aussi fréquemment qu'on l'a préconisée.

Dans les faits apportés ici, on n'en trouve aucun, au point de vue statistique, qui puisse faire regretter qu'on ne soit pas intervenu d'urgence.

Le mode d'intervention préconisé par M. Gérard Marchant, modéré, sage, est peut-être un peu limité. Si l'on a été jusqu'à enlever les esquilles, explorer les culs-de-sac, jusqu'à faire les débridements, il peut être utile de rechercher le projectile. Mais est-il toujours nécessaire et surtout sans danger de faire cette intervention limitée ? On expose le malade à un nouveau traumatisme, au chloroforme, et tout cela pour limiter son action à un nettoyage de l'orifice d'entrée de la balle.

En résumé, si les symptômes semblent indiquer de sur-

veiller, d'examiner, on a recours à l'intervention. C'est la pratique de tous, même des interventionnistes. Quant au point doctrinal que l'on a converti en ce mot : que tout médecin qui n'intervient pas après toute plaie du crâne par balle de revolver est un imprudent, j'ai peur de cette règle établie d'une façon générale, et il faut dire que l'on ne doit intervenir que lorsque l'on voit survenir des accidents.

M. Verneuil. En 1887 la discussion s'est déjà ouverte à la Société de chirurgie sur la question qui nous occupe. M. Terrier a soutenu formellement la non-intervention. Tous les chirurgiens étaient d'accord pour défendre cette même opinion.

Quand la balle pénètre par l'orbite et le conduit auditif, il faut s'abstenir de toute intervention. Je peux citer trois observations où sans aucune intervention, sinon une désinfection attentive du conduit auditif, la guérison survint sans incident. Sur un cadavre de suicidé j'ai en vain avec une sonde cannelée cherché à percevoir la balle. Je n'ai pu la sortir. A l'autopsie, elle était à 12 centimètres dans le cerveau.

Combien de fois l'exploration primitive a-t-elle conduit sur le projectile ? Jamais; il y a unanimité à cet égard.

Quand elle a été positive, a-t-elle facilité l'ablation du projectile ? Enfin, quel résultat a donné l'intervention quand l'exploration a permis l'ablation?

M. Quénu. Il me semble que quand un corps étranger pénètre dans l'organisme, il est démontré que ce sont les premières parties touchées qui sont les premières et souvent les seules infectées. Aussi pour y remédier, nous suivons une pratique identique à celle qu'a défendue M. G. Marchant.

M. Pozzi. J'ai observé une jeune fille qui présentait au niveau du temporal une petite fistule suppurante avec croûte, que j'explorai jusqu'à 6 centimètres. Incision; avec la pince-gouge, on agrandit le crâne. On trouva un petit orifice de la dure-mère. Celle-ci fut incisée, on ne trouva pas le projectile. Après désinfection, la plaie fut refermée. La malade guérit rapidement.

Dans un deuxième cas, je trouvai une balle aplatie sur le temporal, et l'incision simple suffit, avec l'ablation de la balle, pour amener la guérison.

M. Ollier. Le diagnostic de la situation du projectile est des plus difficiles. Je me rappelle un malade qui était atteint de paralysie faciale. Le malade fut examiné et les diagnostics furent variables. On fut d'avis que la balle siégeait dans une partie inaccessible du cerveau. Le malade vint me retrouver en disant qu'il avait une douleur fixe vers le pariétal. Je lui fis une trépanation et ne trouvai rien; j'enfonçai une aiguille à 6 centimètres sans rien trouver. La guérison se fit. Il alla beaucoup mieux sous la certitude que je lui avais donnée que sa balle était extraite. Il apprit que cela n'était pas et vint à Paris dans le service de Charcot. Terrillon le trépana. La mort s'ensuivit deux jours après et à l'autopsie on trouva la balle derrière le pharynx, elle n'était pas dans le crâne.

Plaies du rein. Suture du rein. Hémorrhagie. Guérison. — Présentation de malade par M. Tuffier.

F. Verchère.

CORRESPONDANCE

Mon cher confrère,

Je vous remercie de m'avoir adressé le numéro de la *France Médicale* contenant « Une année de Chirurgie oculaire » et je crois bon de me permettre une observation, concernant votre manière d'opérer le ptosis.

D'après votre exposé, Masselon exécute à votre surprise un procédé « très exactement » semblable à celu que vous faites, et vous ajoutez « que mes élèves m'on vu appliquer depuis sept à huit ans ».

Vous oubliez, mon cher confrère, que le procédé de Masselon ne représente qu'une simplification du mod opératoire que j'ai indiqué en 1882, en supprimant l'ex cision de la peau et de l'orbiculaire; donc s'il y a sep ou huit ans que vous avez adopté mes sutures en nœu de cravate, vous auriez peut-être pu faire comme Mas selon et dire que pareilles sutures avaient déjà ét employées pour le ptosis depuis 1882 à la clinique d Cherche-Midi.

En réalité ces sutures diffèrent notablement de celle indiquées antérieurement par Dransart et Pagensteche parce qu'elles sont placées *sur* et non *sous* la peau e *peuvent être à volonté serrées et desserrées.*

Comme je suppose que votre article de la *France m dicale* n'est qu'un extrait du compte rendu annuel de Quinze-Vingts, vous ne m'en voudrez pas que je rend cette réclamation publique en l'adressant aux *Archive d'Ophtalmologie* qui ont donné l'hospitalité au travai de Masselon.

Veuillez agréer, mon cher confrère, mes très cordiale salutations.

de Wecker

Les réclamations de priorité, dans l'état actuel de l chirurgie, risquent souvent de prendre un caractèr bien fragile On arrive à adopter un procédé opératoir en se pénétrant peu à peu de l'exemple de ses maîtres, d ses discussions, de ses lectures et de sa propre expé rience. Ce procédé est un peu différent de tous le autres, mais c'est bien le fils de trente-six pères et n n'est fondé à en revendiquer à lui seul la paternité.

Dans un simple compte rendu des opérations prat quées dans mon service d'hôpital pendant l'année 189 je n'avais point à faire l'historique de l'opération d ptosis; autrement j'aurais eu grand plaisir à rendi justice à mon éminent confrère M. de Wecker, pour l large part qui lui revient. Je me suis borné à constate avec satisfaction que Masselon venait de fort bien décrir un procédé que j'employais moi-même depuis longtemp sans avoir jamais eu la prétention d'inventer quelqu chose. M. de Wecker croit avoir inventé les nœuds d cravate. Est-il bien sûr que jamais personne n'ait fa de nœuds de cravate avant lui ? J'en avais déjà vu faire mon maître, le professeur Panas, pendant mon interna hélas ! il y a déjà dix-sept ans !

A. Chevallereau.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

—

Les réformes hospitalières.

Nous reproduisons ci-dessous le discours prononcé di 12 mars au Conseil municipal de Paris par M. le Dubois et dont les conclusions ont été adoptées. Ces nclusions donneront un commencement de satisfac-n au corps médical de Paris, dont les intérêts étaient qu'aujourd'hui par trop lésés et cela au profit d'une nbreuse catégorie de malades pouvant parfaitement yer les honoraires médicaux et par conséquent très n dignes d'intérêt.

M. Dubois, rapporteur. — Messieurs, les questions ssistance publique sollicitent aujourd'hui plus vive-ent que jamais les esprits, et il n'est personne dans tre assemblée qui ne mette au premier rang, dans s préoccupations, l'amélioration du sort des mal-heureux.

Ce qui a attiré surtout notre attention, c'est l'énor-ité des dépenses de l'Assistance publique à Paris, re-tivement au faible résultat obtenu pour l'allègement la misère, et nous nous sommes tous mis à l'œuvre ur rechercher les causes d'une si déplorable situa-on, pour signaler les abus et proposer des réformes.

De là sont nés les études et les projets sur l'assis-nce par le travail, moins encore pour atténuer la mme considérable des dépenses que pour donner plus dignité à la misère ;

De là, des améliorations notables, encore que bien suffisantes, dans le service des bureaux de bienfai-nce, principalement pour le traitement des malades domicile et dans les maisons de secours ;

De là, des critiques parfois véhémentes, mais légi-mes, à la tribune du Conseil, sur nos hôpitaux où engouffrent le plus de millions, sur leur organisation, ir leurs dépenses excessives, et souvent inutiles ;

De là, de justes attaques contre leur facilité à con-erver de nombreux malades qui pourraient être soi-nés à domicile ; à recevoir des malades non nécessi-ux qui, encombrant les établissements hospitaliers, excluent les vrais nécessiteux, et s'approprient nsi le bien des pauvres.

Le système d'admission dans les hôpitaux, trop favo-able aux uns, à ceux qui ont des ressources et qui ex-loitent la misère, trop vexatoire et souvent dange-eux pour les autres, les vrais pauvres, devait être ré-ormé.

C'est ce que le Conseil supérieur de l'Assistance pu-lique a compris. Dans son rapport, M. Fleury-Rava-in propose une mesure absolument radicale pour as-urer un contrôle rigoureux sur la situation des per-onnes qui sollicitent leur admission dans les hôpitaux.

Il pense apparemment, comme nous, que les établis-ements hospitaliers, comme les maisons de secours, ne oivent être ouverts qu'aux indigents et aux nécessi-eux, et il demande qu'en dehors des hôpitaux soient créés des bureaux d'assistance, qui, seuls, à la suite d'une visite au domicile des impétrants, pourront déci-der de l'admission ou de la non admission à l'hôpital.

Ainsi diminuerait l'encombrement. On verrait moins de brancards dans les salles. De cette façon, les ma-lades chroniques qui pourraient être soignés à domi-cile ne retiendraient pas, grâce à des secours de ma-ladie judicieusement répartis, des lits d'hôpital pen-dant des mois et même des années ; de cette façon, les malades de la province ne grèveraient pas le budget de notre commune, et les personnes possédant pignon sur rue seraient honteusement exclues des refuges de la misère.

Ce serait, en même temps, le lien qui unirait la mai-son de secours à l'hôpital, toujours pour le seul néces-siteux ou le seul indigent.

Le rapport de M. Fleury-Ravarin a ému, on pouvait s'y attendre, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique. « C'est le bouleversement complet de tout ce qui existe. » Il a semblé à quelques médecins ou chi-rurgiens qu'une atteinte était portée aux prérogatives assurées jusqu'à présent par la loi de 1849 ; et, sur le rapport de M. le Dr Périer, le très distingué chirurgien des hôpitaux, le Conseil de surveillance a admis, avec de légères modifications, un projet de règlement pré-senté par M. le directeur de l'Assistance publique.

C'est ce projet de règlement qu'il appartenait à votre 5e Commission d'examiner et d'amender à son tour.

Les conclusions qu'elle a adoptées, à la suite d'un examen et d'une discussion approfondis, assurent un meilleur fonctionnement de nos établissements hospi-taliers, créent une sympathie entre les bureaux de bienfaisance et les hôpitaux, rendent plus difficiles les abus, et recevront, par cela même, le meilleur accueil parmi les membres du corps médical de nos hôpitaux, pour lesquels l'intérêt des malades doit être le princi-pal souci.

Voici, Messieurs, en quoi consistent, dans les grandes lignes, les propositions de votre 5e Commission :

1° La suppression du Bureau central d'admission ;

2° La création de circonscriptions hospitalières ;

3° La division du service des consultations et du ser-vice dans les salles des malades ;

4° Un règlement des remplacements et du service des vacances plus conforme aux exigences hospitalières que celui qui existe actuellement.

Cela dit, et après quelques considérations générales, nous suivrons article par article et paragraphe par pa-ragraphe le projet de règlement de M. le directeur de l'Assistance publique et le rapport même de M. le Dr Périer.

Messieurs, nous allons examiner rapidement le mode actuel d'admission dans les hôpitaux et le fonctionne-ment du Bureau central.

Lorsqu'un malade veut être hospitalisé, il se rend à la consultation d'un hôpital. Si le médecin croit devoir l'admettre, il n'y a rien à dire. Il sera soigné dans le

le service même de celui qui a signée la feuille d'admission.

Si, au contraire, pour une raison ou pour une autre, l'admission est refusée, le malade devra revenir ou bien on lui donnera l'adresse du Bureau central.

S'il revient à l'hôpital, il aura de nombreuses chances d'être refusé de nouveau. S'il va au Bureau central il a, au contraire, quelques chances d'être admis.

Le Bureau central est le grand répartiteur des malades dans les hôpitaux de Paris. La consultation s'y fait, dans l'après-midi, dans un local de l'Hôtel-Dieu.

Suivons le malade :

Le matin, dès 8 h. ou 8 h. 1/2, il arrive, par exemple, à l'hôpital Tenon. A 11 heures, il est encore dans la salle d'attente, au milieu de la promiscuité des autres malades. Le médecin ou le chirurgien ne vient pas. Il est absorbé par sa visite dans les salles ou par de graves opérations. Enfin, le voilà. S'il en a le temps, il fait lui-même la consultation, sinon il la livre à ses élèves.

Le patient n'est pas admis. Il se met en route pour le Bureau central. Il y arrive à midi. A 3 ou 4 heures seulement il apprend qu'on l'ajourne au lendemain. Si on lui remet une feuille d'admission, il entre le soir à l'hôpital qui lui a été dévolu. Il peut très bien se faire que ce soit ce même hôpital Tenon où le malheureux a passé toute sa matinée dans la fiévreuse attente et dans la souffrance.

Est-ce qu'il n'y a pas là quelque chose de révoltant? Notez, en effet, Messieurs, que le malade n'a rien mangé pendant cette longue journée ; que le lendemain seulement, après la visite du médecin, c'est-à-dire vers midi, il pourra prendre un aliment.

Eh quoi ! l'administration de l'avenue Victoria est en communication rapide, par le téléphone, avec tous les hôpitaux de Paris. Est-il utile et n'est-il pas barbare de faire subir aux pauvres malades ces accablants voyages et ces douloureuses épreuves?

Nous reviendrons, Messieurs, sur l'organisation actuelle des consultations. Mais il apparaît bien nettement que le Bureau central, qui avait peut-être, en l'an X, quelque raison d'être, doit être absolument supprimé.

Faut-il parler des exploitations qui s'y font de la misère pax d'étranges industriels, qui, sûrs de l'absence de contrôle et de l'impunité, vendent à qui veut les acheter des billets d'admission ?

M. Blachette. Et les appareils orthopédiques également.

M. Dubois, rapporteur. Vous avez raison. Je continue :

Le Bureau central est une véritable cour des Miracles où se réunissent un grand nombre de ces mendiants qui sont les pires ennemis de la véritable misère.

C'est là que les professionnels de la mendicité se font délivrer des certificats d'infirmités dont profitent d'autres mendiants ingambes et actifs qui parcourent la ville en exploitant les services d'assistance et la charité publique.

C'est là que sont échangés les billets d'admission. C'est là que se font des trafis de toute sorte et que les spécialistes font des cours pratiques pour la simulation des maladies et des infirmités.

Le Bureau central n'est pas seulement le grand répartiteur des malades, il a aussi la charge d'assurer le service des remplacements et le service de la garde pour les opérations d'urgence; de constater l'état des infirmes et de surveiller l'application des bandages. Est-ce que la constatation de l'état des infirmes et la surveillance de l'application des bandages ne peuvent pas se faire dans les hôpitaux? Est-ce qu'à l'administration de l'Assistance publique n'incombe pas le soin direct du service des remplacements et de l'appel du médecin ou du chirurgien en cas d'urgence? Quels résultats brillants a donc produits le système actuel, et faudra-t-il rappeler certains faits dont, à la suite d'une catastrophe, l'hôpital Saint-Louis fut le théâtre?

M. le directeur de l'Assistance publique et M. le rapporteur du Conseil de surveillance ne demandent pas mieux que de supprimer le Bureau central. Ils en reconnaissent les inconvénients, les abus et tout au moins l'inutilité. Aussi, sommes-nous étonné qu'au lieu d'un bureau central ils en créent deux, que disons-nous ! trois : le premier, à l'hôpital Lariboisière, où se rait installé le bureau répartiteur pour la rive droite ; le second, à l'hôpital de la Charité, pour la rive gauche ; le troisième, enfin, sera le Bureau central lui-même, ce vieux Bureau central qui resterait quand même sur ses béquilles pour constater les infirmités et surveiller l'application des bandages.

Vous savez, Messieurs, à la suite de quels laborieux et difficiles concours sont nommés les médecins et les chirurgiens des hôpitaux de Paris. Avant d'être à la tête d'un service dans un hôpital, ils ont le titre de médecins ou de chirurgiens du Bureau central. C'est là une grave affaire. Que deviendra, en effet, ce titre, on supprime le Bureau central? La réponse est pourtant bien simple, et donnera satisfaction à tous : les médecins, chirurgiens qui auront concouru pour les hôpitaux, avec succès, porteront le titre de « médecin-chirurgiens des hôpitaux ». Lorsqu'ils seront à la tête d'un service dans les salles, ils posséderont, comme actuellement, le titre de « médecins, chirurgiens en chef » des hôpitaux. Il en sera de même pour les « accoucheurs ».

J'arrive à la deuxième réforme, je veux parler de celles des circonscriptions hospitalières.

En province, les malheureux ne se résignent qu'à la dernière extrémité à solliciter leur admission à l'hôpital ou à l'hospice. S'ils cherchaient à s'adresser, pour sauvegarder un certain amour-propre, à une commune voisine, celle-ci les refuserait. Mais Paris est la grande cité hospitalière. Et ce ne sont pas seulement les malades miséreux des départements qui y affluent, c'est aussi et surtout la gent aisée, dont on ignorera les ressources et dont on ne vérifiera pas l'identité, qui, at

ée autant par avarice que par la renommée des maîtres à la médecine et de la chirurgie, vient frapper à la orte de nos hôpitaux et y trouver un asile.

Quant aux habitants de Paris, une quantité considéable de personnes aisées, riches, quelquefois très ri- ches, industriels, commerçants, rentiers, ne craignent as de demander une consultation à l'hôpital, de solli- iter des médicaments, un lit, une opération, des appa- eils. Ces faux pauvres, s'ils habitent Ménilmontant, iendront dans un hôpital de la rive gauche. Personne e les connaîtra. Et puis, si par hasard une enquête es dénonce comme pouvant payer leur opération, leurs ansements, leur séjour à l'hôpital, ils en seront quittes our 3 fr. 50 par jour, alors qu'ils auront coûté à l'As- istance publique le double, le triple, le quadruple.

Il y a là, dans l'hôpital ouvert à tout le monde, d'où u'il vienne, une source intarissable d'abus.

M. le directeur de l'Assistance publique a pensé u'on pouvait y remédier, dans une certaine mesure, n créant des circonscriptions hospitalières. Quoi de lus rationnel ? Est-ce que cela n'existe pas pour les ureaux de bienfaisance et pour les maisons de se- ours ?

Il y a longtemps déjà, M. le Dr Bourneville s'expri- nait ainsi :

« Chaque hôpital devrait avoir sa circonscription ien délimitée. Les malades non reçus un jour seraient nscrits pour les prochains lits vacants. Les chefs de ervice n'auraient plus besoin d'attendre le jour de leur consultation pour signer les exeat, et il en résulterait le plus nombreuses vacances de lits dans le cours de l'année. Beaucoup de malades, sachant qu'ils trouve- ront toujours le même médecin ou le même chirurgien consultant, ne demanderaient pas mieux que de se soigner chez eux.

« Le nombre en serait rendu plus considérable si des consultations sérieuses étaient faites par les mêmes personnes et non plus, comme aujourd'hui, par un mé- decin ou un chirurgien qui change tous les jours.

« Cette réforme ferait disparaître les abus commis aux consultations, augmenterait le nombre des malades soignés à domicile et rendrait disponibles nombre de lits pour les malades atteints d'affections aiguës ou chroniques auxquels on épargnerait des démarches, des fatigues et des dépenses inutiles et qui trouve- raient dans leur quartier tous les soins dont ils ont besoin.

La Commission a maintenu le tableau des circons- criptions hospitalières tel qu'il a été établi par M. le Directeur de l'Assistance publique. Votre 5e Commis- sion n'y a rien changé, mais se réserve d'y apporter quelques modifications.

L'hôpital Necker, pour prendre un exemple, sera affecté aux quartiers d'Auteuil, de Grenelle, de Javel, de Saint-Lambert, de Necker, et aux communes de Cla- mart, Issy et Malakoff.

Les malades indigents ou nécessiteux de ces régions, s'ils veulent être hospitalisés, devront donc s'adresser à l'hôpital Necker. C'est là aussi qu'ils devront se ren- dre pour la consultation.

Bien entendu, cette règle souffrira des exceptions : 1° pour les maladies auxquelles sont réservés des hôpi- taux ou des services spéciaux ; 2° pour les personnes atteintes d'accidents subits ou de blessures graves hors du territoire de leur circonscription hospitalière ; 3° pour les malades nécessiteux parisiens adressés par le médecin du traitement à domicile dans des cas spé- ciaux et véritablement exceptionnels ; 4° enfin, pour les enfants.

Pour les enfants, en attendant que soit adoptée une proposition que nous avons eu l'honneur de faire, ten- dant à créer dans chaque hôpital un service de maladies et de chirurgie de l'enfance, ou que la proposition de notre collègue M. Paul Strauss soit mise en pratique, tendant à la construction de petits pavillons pour les enfants dans plusieurs arrondissements de Paris.

Si nous supprimons le Bureau central, parce que surtout il force les malheureux à la souffrance pro- longée, à la fatigue, à la perte de temps et à l'aggrava- tion de la maladie, pourra-t-on conserver plus long- temps ces deux grands, ces deux uniques hôpitaux d'enfants où la contagion a déjà fait tant de victimes et qui condamnent les familles des pauvres petits mala- des à la dépense difficile, et aux cruels soucis de l'éloi- gnement ?

Ces réflexions faites, il vous apparaîtra, Messieurs, que la création des circonscriptions hospitalières fera disparaître un nombre respectable d'abus. Un contrôle plus étroit et plus rigoureux empêchera une quantité de personnes de prendre le masque de la misère, et, de toutes les parties de la France, n'arriveront pas des légions de malades pour grossir nos budgets et prendre ce qui appartient à nos malheureux.

Quelques mots maintenant sur le mode actuel des consultations dans les hôpitaux et sur les réformes qu'il importe d'opérer.

Ainsi que nous le disions tout à l'heure, en citant les paroles de M. le Dr Bourneville, les consultations sont faites chaque jour dans les hôpitaux, par des mé- decins ou des chirurgiens différents. Il y a évidemment là une cause d'encombrement pour nos établissements.

Il est, en effet, un grand nombre de malades qui ne solliciteraient pas l'hospitalisation, s'ils étaient cer- tains d'être soignés à la consultation toujours par le même médecin ou par le même chirurgien, pour des affections qui nécessitent la continuité, l'esprit de suite et de méthode.

Les médecins qui traitent spécialement les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis, le savent bien. Ils diraient très nettement que cet hôpital si encombré, le serait beaucoup moins, si on mettait à la disposition des malades quelques ressources, et si une consultation véritablement utile était faite chaque matin par les mêmes praticiens.

Tous ceux qui ont fréquenté les hôpitaux avoueront que les consultations ne se font pas avec le calme, la précision, et nous pourrions dire « le sérieux », qu'elles devraient avoir. Le plus souvent inutiles pour l'enseignement, elles sont presque un leurre pour les malades qui ne sont pas admis à l'hospitalisation.

La vérité, c'est que le temps fait défaut. On ne peut être, en même temps, aux champs et au moulin. Et le plus dévoué, le plus consciencieux des maîtres ne peut être, en même temps, dans les salles de malades et à la consultation externe. Il y a toujours un des services qui souffre de l'autre. Et le plus souvent, pendant que les chirurgiens font leurs opérations, les médecins leurs visites, les malheureux malades de la ville perdent toute une matinée dans la salle d'attente malsaine, avec une pénible et fréquemment une douloureuse impatience.

M. Faillet. C'est malheureusement exact.

M. Dubois, rapporteur. Il est onze heures, il est midi. Que voulez-vous faire ? Le maître est fatigué. Ce sont les internes ou les externes qui « bâclent », c'est le mot expressif, la consultation. Comment consulter cent malades, ainsi que cela se voit dans certains hôpitaux, en une demi-heure sans, suivant une autre expression, « les expédier » ?

Il n'est pas besoin d'entrer dans des considérations secondaires pour demander que le service des consultations soit absolument distinct du service dans les salles des malades. La séparation est nécessaire et urgente.

Cette importante réforme ne peut être que bien accueillie par le corps médical hospitalier. Les médecins et chirurgiens consultants seront choisis par la voie du concours actuellement existant. Le nombre devra en être augmenté, voilà tout.

Au surplus, seront aussi nommés des assistants de consultation, qui assureront le service. Ceux-ci seront choisis parmi les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris.

Pour votre 5e commission, Messieurs, étant donné que les hôpitaux ont pour clientèle les indigents et les nécessiteux, il est inconcevable qu'une consultation ne soit pas faite le dimanche. C'est le jour où la plupart des ouvriers chôment forcément. S'ils ne peuvent rencontrer, le jour du repos, un médecin ou un chirurgien, ils se « négligent ». Quelquefois une affection bénigne, qui aurait pu être enrayée par les moyens les plus simples, devient grave, traîne en longueur et, après avoir épuisé les forces et les ressources du malheureux, le laisse s'échouer au bureau de bienfaisance ou sur un lit d'hôpital.

Nous insistons, par conséquent, pour que les salles de consultation soient ouvertes, le dimanche, dans les hôpitaux.

Sur les emplacements et le service des vacances, votre 5e commission n'apporte que de légères modifications nécessaires au projet de règlement de l'Administration et du Conseil de surveillance.

En ce qui touche les chirurgiens assistants, on doit reconnaître qu'un certain nombre de services de chirurgie sont chargés outre mesure. Les chefs ne suffisent pas à la tâche dans les salles. C'est dire encore combien les consultations externes sont forcément négligées. Nous appuyons l'administration en demandant avec elle des « assistants de chirurgie » pour certains hôpitaux.

Telles sont, Messieurs, les modifications que nous vous proposons d'adopter, si vous voulez assurer un minimum de réformes sérieuses dans nos établissements hospitaliers.

Ces réformes sont faciles. Elles sont pratiques. Elles sauvegardent le bien des pauvres et l'intérêt des malades, et ne porteront aucune atteinte ni aux droits des maîtres de nos hôpitaux, ni à leur enseignement.

Nous estimons, en effet, que les hôpitaux de Paris, qui sont le foyer d'un enseignement professionnel du plus haut degré, doivent être aussi le lieu où l'on enseigne, au milieu des déshérités de la santé et de la fortune, les principes de la solidarité et de la fraternité humaine ! (*Très bien !*)

NOUVELLES

La Faculté de médecine vient de présenter à l'acceptation du ministre, pour la chaire de clinique des maladies nerveuses, en première ligne : M. Raymond, agrégé, médecin à la Salpêtrière ; en seconde ligne : M. Dejerine, agrégé, médecin à Bicêtre. M. Raymond a été nommé par 30 voix sur 32 votants.

Médecins conseillers généraux. — Le Dr Pezet, de Montpellier, a été élu dimanche dernier conseiller général de l'Hérault. — Le Dr Bourrillon député, est élu conseiller général de la Lozère.

Nécrologie. — M. Dèves, médecin à Cartigny (Somme). — Le Dr Lecoconnier (Ernest), de Paris, décédé le 14 mars à l'âge de 52 ans. — Le Dr Juhel Rénoy, médecin des hôpitaux de Paris, a succombé, mardi matin 19 mars, à une fièvre typhoïde, à l'âge de 39 ans. — M. Béziers, de Caen, reçu en 1880, mort en Algérie de tuberculose pulmonaire.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VICHY-SAINT-YORRE (*Sources Reignier*). La meilleure pour la consommation à domicile.

VIN AROUD (viande quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde. Menstruations douloureuses. Rachitisme. Affections scrofuleuses. Diarrhées.**

GOUDRON FRESSINGE. — Une cuillerée à café par verre de boisson, aux repas, contre *catarrhes* et *bronchites chroniques, maladies des voies urinaires, épidémies.*

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*